

## บทความวิชาการ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา  
ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

Received: 6 April 2024  
Revised: 7 July 2024  
Accepted: 29 August 2024

ภัททิยา ชัยนาคิน ปร.ด.<sup>1\*</sup>  
ปรมาภรณ์ วชิรวณิชกิจ พย.ม.<sup>2</sup>  
ศศิปรีญา ไชโย พย.ม.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัจจุบันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือน ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากมีอาการไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย จากการเสียเลือดมาก ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการคลอดปกติ ทำให้การเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ล่าช้า จึงขัดขวางกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมของมารดา ทำให้มีน้ำนมน้อย มารดาเกิดความวิตกกังวลว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมให้กับทารก ทำให้ทารกติดกับรสชาติของนมผสม เคยชินกับการได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว คชินกับการดูดนมจากขวดทำให้ดูดนมแม่ได้ไม่ถูกต้อง ผลที่ตามมาคือ ทารกมักปฏิเสธการดูดนมจากเต้า ดังนั้น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ในห้องผ่าตัด โดยทุกคนมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถให้นมบุตรได้เร็วที่สุด เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกต่อการให้นมบุตร การประเมินความพร้อมของมารดาและทารกในห้องผ่าตัด การส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

**ประเด็นสำคัญ:** มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด

**สรุป:** การส่งเสริมให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดสามารถให้นมบุตรได้เร็วต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วย วิชาสูติศาสตร์ สูติศาสตร์ กุมารแพทย์ และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด

**ข้อเสนอแนะ:** หากมีการร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด จะช่วยเหลือและสนับสนุนให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดสามารถเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เร็ว และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** ทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

\* Corresponding author Email: pattiya@nmu.ac.th

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

## Promoting Breastfeeding in Mothers with Cesarean Section by a Multidisciplinary Team

Received: 6 April 2024  
Revised: 7 July 2024  
Accepted: 29 August 2024

Pattiya Chainakin Ph.D.<sup>1\*</sup>  
Poramapon Vachiravanichkij M.N.S.<sup>2</sup>  
Sasipriya Chaiyo M.N.S.<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** At present, the global and national targets of exclusive breastfeeding for 6 months remain unachieved, especially in mothers with cesarean section due to discomfort and fatigue from excessive blood loss. They need longer recovery than those with normal delivery, which delays the initiation of breastfeeding and interferes with the mother's milk production and secretion process, causing less milk. Mothers' worry that the infant will not receive enough nutrients leads them to supplement with formula milk, causing the infant to become accustomed to the taste of formula milk, receiving milk that flows quickly, and sucking milk from a bottle. This results in poor latching and refusing breastfeeding. Therefore, promoting successful breastfeeding in mothers with cesarean section requires the support of a multidisciplinary team as early as in the operating room. Everyone has an important role and responsibility in enabling mothers after cesarean section to breastfeed as quickly as possible. This starts from providing knowledge about anesthesia on breastfeeding, assessing the readiness of mothers and infants in the operating room, and encouraging breastfeeding initiation within one hour after birth, which are crucial starting points for successful breastfeeding.

**Objective:** To promote breastfeeding in mothers with cesarean section by a multidisciplinary team.

**Main points:** Mothers with cesarean section has lower rates of breastfeeding than those with vaginal delivery.

**Conclusion:** Promoting early breastfeeding in mothers with cesarean section requires the cooperation of a multidisciplinary team in the operating room, which includes anesthesiologists, obstetricians, pediatricians, and operating room nurses.

**Recommendations:** Cooperation from a multidisciplinary team in the operating room helps and supports mothers with cesarean section to initiate breastfeeding early and achieve long-term exclusive breastfeeding.

**Keywords:** multidisciplinary team in the operating room, breastfeeding, mothers with cesarean section

<sup>1</sup> Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

\* Corresponding author Email: [pattiya@nmu.ac.th](mailto:pattiya@nmu.ac.th)

<sup>2</sup> Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

## บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับทารก เพราะมีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน ส่งผลต่อพัฒนาการของทารก ทำให้มีระดับไอคิวสูง สร้างภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการติดเชื้อและโรคมุมแพ้นในทารก นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก สำหรับประโยชน์ด้านแม่ จะช่วยให้มดลูกหดตัวได้ดีป้องกันการตกเลือดและเข้าอู่เร็ว รวมทั้งลดความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งรังไข่ ทำให้มารดาน้ำหนักตัวลดเร็ว ส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วน และประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน<sup>(1)</sup> การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ ต้องยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งหัวใจของความสำเร็จ คือ ดูดเร็ว ดุดบ่อย ดุดถูกวิธี และดุดเกลี้ยงเต้า แต่ในปัจจุบันสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จยังห่างไกลเป้าหมาย กล่าวคือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ทั่วโลกเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 37 ส่วนประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยองค์กรยูนิเซฟ ล่าสุด พ.ศ.2565 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 28.6 การเริ่มต้นให้นมแม่ในชั่วโมงแรกหลังเกิดเท่ากับร้อยละ 29.4 และได้รับนมแม่ถึงอายุ 2 ปี ร้อยละ 18.7<sup>(2)</sup> ถึงแม้จะมีนโยบายการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก แต่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จทั้งในมารดาที่คลอดปกติ และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรเริ่มส่งเสริมโดยเร็วที่สุดภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาและทารกมีความตื่นตัวสูง ทารกมีความพร้อมที่จะดูดนม เป็นช่วงที่ sucking reflex ของลูกมีความเข้มข้นมากที่สุด คือ มีแรงดูดที่ดี การดูดนมครั้งแรกของทารกจะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมและส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก การดูดนมของทารกจะกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโพรแลคติน และฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้เกิดการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมมาเต็มเต้าได้เร็วขึ้น น้ำนมเต็มเต้าเป็นอาการแรกหลังคลอดที่ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจว่ามีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก จึงไม่จำเป็นต้องให้นมผสมเพิ่ม ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง นอกจากนี้ วิธีการคลอดยังมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอด ซึ่งพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด<sup>(3)</sup>

จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด<sup>(4)</sup> และร้อยละ 67 เริ่มให้นมบุตรหลัง 1 ชั่วโมงหลังคลอด<sup>(5)</sup> ซึ่งในปัจจุบันการกระตุ้นให้ทารกดูดนมภายในภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ด้วยเหตุผลหลายประการ โดยมีปัจจัยที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จตั้งแต่ให้ลูกดูดนมครั้งแรกในห้องคลอด เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด การใช้ยาระงับความเจ็บปวดในระยะคลอด การผ่าตัดคลอด การแยกแม่และลูกทันทีหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดคลอดจะส่งผลให้มารดามีอาการไม่สุขสบาย อ่อนเพลียจากการเสียเลือดมาก ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการคลอดปกติ ทำให้เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ล่าช้า และขัดขวางกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมของมารดา เป็นผลให้มีน้ำนมออกน้อย มารดาเกิดความวิตกกังวลว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมให้กับทารก ทำให้ทารกติดกับรสชาติของนมผสม เคยชินกับการได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว คุ่นชินกับการดูดนมจากขวดทำให้ดูดนมแม่ได้ไม่ถูกต้อง ผลที่ตามมาคือ ทารกมักปฏิเสธการดูดนมจากเต้า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิชาชีพพยาบาลเพียงอย่างเดียว มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ในห้องผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกต่อการให้นมบุตรจากวิสัญญีแพทย์ การประเมินความพร้อมของมารดาและทารก ในห้องผ่าตัดจากสูตินรีแพทย์ และกุมารแพทย์ การส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอด ส่งผลให้การเริ่มต้นให้นมแม่ล่าช้า และยังพบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่งผลต่อการใช้นมผสมในโรงพยาบาลมากขึ้น<sup>(6)</sup> สำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ ต้องยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งหัวใจของความสำเร็จ คือ ดูดเร็ว ดูป๋วย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า ห้องคลอดหรือห้องผ่าตัดถือเป็นบันไดขั้นที่ 4 คือ ช่วยให้การดูดนมแม่ภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นการส่งเสริมเรื่องการดูดเร็ว ซึ่งการดูดนมครั้งแรกของทารกช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม และส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก ห้องคลอดหรือห้องผ่าตัดถือเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพสูงสุด แม้จะเกิดขึ้นในเวลาอันสั้นก็ตาม มารดาที่สามารถเริ่มให้นมแม่ตั้งแต่ในห้องผ่าตัดจะมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความภาคภูมิใจในบทบาทของความเป็นแม่ และพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป ซึ่งจะทำให้แม่สามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้สำเร็จตามเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

### การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่สำคัญในการช่วยชีวิตมารดาและทารกให้ปลอดภัย กรณีที่มีความจำเป็น<sup>(7)</sup> เช่น มารดามีภาวะตกเลือดก่อนคลอด รกเกาะต่ำ ทารกตัวใหญ่ ทารกขาดออกซิเจน ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ใช่แค่ในประเทศไทย แต่ทั่วโลกก็มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีความจำเป็นตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น หากมีอัตราการผ่าคลอดมากกว่าร้อยละ 15 จะเป็นการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น<sup>(8)</sup> ซึ่งปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 32.5 ในปี 2560<sup>(9)</sup> นับเป็นอัตราที่สูงมากและคาดว่าจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงเป็นอันดับ 2 ของเอเชีย รองจากประเทศจีน ในขณะที่ประเทศบราซิลมีอัตราการผ่าตัดคลอดลูกทางหน้าท้องสูงที่สุดในโลกมีอัตราการผ่าคลอดสูงถึง ร้อยละ 60 จากการศึกษาพบว่า นอกจากจะมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดแล้ว สาเหตุที่ทำให้มารดาตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากกลัวการคลอดทางช่องคลอด เช่น การเจ็บครรภ์คลอด ความเจ็บปวดในระหว่างคลอด และการคลอดไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนได้ ในขณะที่รู้สึกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปลอดภัยมากกว่า และสามารถบริหารเวลาได้แน่นอน เช่น ดูกุ๊กชยามเวลาคลอด จัดการเวลาทำงานของตนเองได้ เป็นต้น<sup>(10)</sup> นอกจากเหตุผลด้านความปลอดภัยแล้ว การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น ยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการคลอดปกติ 3-4 เท่า อีกทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า และมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทั้งต่อมารดาและทารก ผลกระทบต่อมารดาในระยะสั้น คือ เสียเลือดมาก อาจต้องดมยาสลบ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและติดเชื้อได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ขณะที่ผลกระทบต่อทารก คือ ขาดโอกาสที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับมารดาโดยเร็วหลังคลอดตามหลักการทางการแพทย์ เพราะมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ไม่สามารถอุ้มลูกได้ทันที หรือฟื้นตัวเร็วเหมือนกับการคลอดปกติ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ทำให้ส่งผลเสียต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะจะทำให้ให้นมแม่ขาดการกระตุ้นโดยทันที โดยมีข้อมูลชัดเจนว่าส่งผลให้ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง<sup>(11)</sup>

### ผลของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการเริ่มต้นให้นมแม่

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะรู้สึกไม่สบายจากอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด มีความรู้สึกถูกผูกมัดด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดอาจทำให้มีการเสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติ มารดามีอาการอ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการคลอดปกติ รวมถึงอาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาชาที่ได้รับทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก (epidural block) ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถเริ่มให้ลูกดูดนมได้ด้วยตัวเอง มีผลให้ลูกดูดนมแม่ล่าช้าออกไป<sup>(12)</sup> จากการศึกษาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ล่าช้า ดูดไม่บ่อยและไม่สม่ำเสมอ ทำให้ทารกไม่ได้เรียนรู้วิธีการดูดนมที่ถูกต้องตั้งแต่แรก และขัดขวางกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมของมารดา ส่งผลให้มีน้ำนมน้อย และการที่มีปริมาณน้ำนมน้อยนี้เองเป็นสาเหตุให้มารดาเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมให้กับทารกทำให้ทารกติดกับรสชาติของนมผสม เคยชินกับการได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว นอกจากนี้วิธีการดูดนมที่ไม่ถูกต้องจากการดูดนมผสมจากขวดผลที่ตามมาคือเมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ ทารกจะปฏิเสธการดูดนมจากเต้า จึงพบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ประกอบกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เน้นผลลัพธ์ระยะยาว จนละเลยช่วงเวลาที่สำคัญ คือ ระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วิกฤติสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาต้องใช้ความรู้และทักษะที่มีนำลงสู่การปฏิบัติจริง จะเป็นพื้นฐานสำคัญในก้าวต่อไปที่มารดาต้องพึ่งพาตนเองเมื่อกลับไปเลี้ยงทารกที่บ้าน และส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ในช่วงเวลาหลังคลอดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ หากมีการช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถให้นมลูกได้เร็ว ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องในช่วงเวลาดังกล่าว จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการให้นมลูกได้<sup>(13)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และอุษา เชื้อหอม (2559) ศึกษาการใช้โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม สามารถทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น<sup>(14)</sup> ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป และพบว่าการศึกษาของ สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และ ชญาดา สามารถ (2559) พบว่าปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดจากประสบการณ์ของมารดา ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการขาดการเริ่มดูดเร็ว และไม่ได้ดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(15)</sup> และจากการศึกษาของ ลาวลีย์ ไบมณฑา, มยุรี นิรัตธราดร, สุดาพร กมลวารินทร์ (2558) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจทำให้มารดาที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของการเป็นมารดา โดยเฉพาะความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ จากการศึกษาที่มารดาเริ่มให้นมแม่ล่าช้า<sup>(16)</sup> ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อุ่มลูกไม่ถนัด จึงไม่สามารถให้นมแม่ได้ทันที รวมทั้งการขาดความรู้และการช่วยเหลือในการให้นมแม่ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>(11)</sup> การเริ่มกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ได้เร็ว สามารถกระตุ้นตั้งแต่น้องคลอดนั้นหมายถึง หากมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็สามารถเริ่มให้นมได้ตั้งแต่น้องคลอด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานร่วมกันเป็นทีมจากบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดซึ่งประกอบไปด้วย วิสัญญีแพทย์ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาล

### ทิมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีการคลอดมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดจะได้รับยาหลายชนิดในการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดคลอด ซึ่งอาจส่งผลต่อสติ และการรับรู้ของมารดา ในมารดาที่รู้สึกตัวดี การเริ่มต้นกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่สามารถทำได้เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ มารดาที่ผ่าตัดคลอดต้องการการช่วยเหลือในการจัดท่า

ให้นมลูกมากกว่า และมักมีอาการปวดแผลมากกว่า ทำให้การให้นมแม่ทำได้น้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อสามารถเริ่มให้นมลูกได้แล้ว พบว่าวิธีการคลอดไม่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในบทบาทของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จนั้นไม่ได้ใช้เพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ต้องการความร่วมมือกันเป็นทีม โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความสำคัญ เช่น วิสัญญีแพทย์ มีบทบาทมากในมารดาที่รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิสัญญีแพทย์จะใช้วิธีฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อระงับความรู้สึกในกรณีไม่มีข้อห้าม เนื่องจากมารดามีสติและการรับรู้ที่ดี ทำให้สามารถเริ่มการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เร็ว สูติแพทย์ เป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่สตรีตั้งครรภ์จะมาพบและรับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์ จึงมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะแนะนำมารดาให้ทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำเร็จมากขึ้น กุมารแพทย์ มีบทบาทในการร่วมดูแลทารกตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์จนทารกคลอด และติดตามดูแลทารกให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีพัฒนาการตามวัย มารดาจึงมักขอคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารตามวัยสำหรับทารก ซึ่งความคาดหวังของมารดาและครอบครัวมักมีความต้องการให้ลูกที่เกิดมามีความเฉลียวฉลาด มีพัฒนาการที่ดี และมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง การให้ทารกกินนมแม่อย่างเหมาะสม และกินอาหารตามวัยร่วมกับนมแม่ต่อเนื่องไปเป็นเวลาสองปีหรือนานกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลหลังจากทารกคลอด คือ การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้มารดาและทารกได้มีโอกาสได้อยู่ด้วยกันทันทีหลังคลอด ได้โอบกอดเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) เพื่อกระตุ้นให้ทารกเกิดสัญชาตญาณการดูดนมแม่ตั้งแต่ในห้องคลอด และสนับสนุนช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดามีความพร้อมและมีทักษะในการให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี และมีน้ำนมอย่างเพียงพอ การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพตลอดจนจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับมารดามากที่สุด จึงมีความสำคัญอย่างมากในบทบาทของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บุคลากรในห้องผ่าตัดมีส่วนสำคัญมากที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากได้รับความร่วมมืออย่างดีแล้ว โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะสูงขึ้นอย่างแน่นอน

### ทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด กับบทบาทการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเริ่มให้นมแม่ที่ได้รับการผ่าตัดมีความสำคัญมาก จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเตรียมตัวกันเป็นทีม ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถให้นมบุตรได้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้<sup>(17)</sup> หากเป็นการผ่าตัดตามกำหนดเวลาและไม่มีภาวะฉุกเฉิน มารดาและครอบครัวควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งการผ่าตัดคลอดไม่ได้เป็นข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาเข้าใจกระบวนการกระตุ้นน้ำนม การดูแลให้มารดามีน้ำนมอย่างต่อเนื่องสามารถทำได้เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ ในส่วนของมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินนั้น การดูแลให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะขึ้นอยู่กับการประเมินอาการของมารดาและทารก<sup>(18-19)</sup>

### ก่อนผ่าตัด

#### บทบาทของวิสัญญีแพทย์

บทบาทของวิสัญญีแพทย์ ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก โดยการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอด มี 2 วิธี คือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) คือ การดมยาสลบเข้าทางระบบทางเดินหายใจ และการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) ได้แก่ การฉีดยาเข้าช่อง epidural และการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน เพราะตัดความเจ็บปวดของร่างกายท่อนล่างตั้งแต่เอวลงไปยังสามารถรับรู้ความรู้สึกจากร่างกายท่อนบนได้ตามปกติ ทำให้มารดาเสมือนมี

ส่วนร่วมในการคลอดอยู่ตลอดเวลา ทารกจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ เพราะยาออกฤทธิ์โดยตรงที่โพรงไขสันหลังเท่านั้น ไม่ถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด การเลือกฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง ทำให้สามารถกระตุ้นให้มารดาให้นมทารกได้เร็ว หากมีเหตุผลอันจำเป็นที่ต้องใช้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ยาจะถูกกำจัดออกอย่างรวดเร็ว ภายหลังการผ่าตัด การที่มารดากลับมารู้สึกตื่นตัวจะแสดงถึงปริมาณยาในกระแสเลือดลดลงอย่างมาก มารดาจึงสามารถให้นมบุตรได้อย่างปลอดภัย

### หลังผ่าตัด

#### บทบาทของวิสัญญีแพทย์

ในกรณีที่ทารกแรกเกิดมีปัญหาเรื่องการหายใจ วิสัญญีแพทย์จะต้องสื่อสารกับกุมารแพทย์ก่อนเริ่มให้ทารกดูดนมมารดา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการได้รับยาระงับความรู้สึกของมารดา หากมารดาได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) จะมีปริมาณของยาหลงเหลือในร่างกายมารดาเพียงเล็กน้อย แต่อาจเกิดการหายใจของทารกได้ ส่งผลต่อ Apgar score ใน 1 นาที และ 5 นาที รวมถึงการต้องสังเกตอาการในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต (NICU)<sup>(20)</sup> เมื่อวิสัญญีแพทย์ประเมินความพร้อมของมารดาแล้วสามารถแจ้งให้พยาบาล ดำเนินการตามขั้นตอนของการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องผ่าตัดต่อไป

#### บทบาทของสูติแพทย์

ในบทบาทของสูติแพทย์ที่เป็นผู้ผ่าตัดให้กับมารดานั้น จะประเมินอาการของมารดาหลังคลอดว่ามีความพร้อมที่จะโอบกอดหรือให้ทารกดูดนมจากเต้าได้หรือไม่ โดยการประเมินสัญญาณชีพของมารดา การตกเลือด ความเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย หากไม่มีอุปสรรคใดๆ แพทย์จะแจ้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัดว่ามารดาหลังคลอดมีความพร้อมที่จะให้นมได้ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ เนื่องจากอาการปวดส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับพักผ่อนความอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ของมารดาและทารก ทำให้การเริ่มให้นมล่าช้า ระดับฮอร์โมนออกซิโทซินต่ำ เกิดการไหลของน้ำนมช้า ส่งผลเสียต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>(21)</sup> หากสามารถบรรเทาอาการปวดของมารดาได้ จะสามารถทำให้มารดาให้นมทารกได้เร็ว หากมารดาจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหาร ควรให้สารน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของมารดา และหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อมารดารับประทานอาหารได้ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง อาจต้องปรับเปลี่ยนตำแหน่งสายให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดทำทารกเข้าเต้าได้สะดวก

#### บทบาทของกุมารแพทย์

กุมารแพทย์มีบทบาทในการตรวจประเมินร่างกายของทารกโดยใช้ Apgar score โดยการประเมินสภาวะเด็กทารกแรกเกิดใน 1 นาทีแรก 5 นาที และ 10 นาทีหลังคลอด เพื่อประเมินภาวะการหายใจใน **ทารก** ประกอบด้วยลักษณะสีผิว อัตราการเต้นของหัวใจ สีหน้าจากการกระตุ้น การเคลื่อนไหวของทารก และความพยายามในการหายใจ ซึ่งค่าคะแนนเต็ม 10 คะแนน ทารกปกติต้องมีคะแนน Apgar score อยู่ในช่วง 7-10 คะแนน จัดว่าอยู่ในภาวะดีไม่ขาดออกซิเจน จากการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) ทารกจะมี Apgar score ใน 1 นาที ดีกว่าทารกที่มารดาได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia)<sup>(22)</sup> เมื่อประเมินเสร็จแล้ว จะดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูกด้วยลูกสูบยางแดง จากนั้นเช็ดตัวให้แห้งและห่อตัวทารกให้อบอุ่น เมื่อตรวจประเมินร่างกายทารกเรียบร้อยแล้ว กุมารแพทย์จะส่งสัญญาณให้พยาบาล ดำเนินการตามขั้นตอนของการเริ่มกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมแม่ในห้องผ่าตัดต่อไป

#### บทบาทของพยาบาล

บทบาทของพยาบาลเมื่อได้รับการส่งต่อความพร้อมของมารดาจาก วิสัญญีแพทย์ สูติแพทย์ และความพร้อมของทารกจากกุมารแพทย์ พยาบาลจะนำทารกที่มี Apgar score ใน 1 นาที มากกว่า 7 คะแนนให้ได้รับการสัมผัส

แบบเนื้อมารดาและกระตุ้นการดูดนมทุกคน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง<sup>(23)</sup> โดยสามารถเลื่อนการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรอย่างอื่นออกไป เช่น การชั่งน้ำหนัก การทำความสะอาดร่างกายทารก การฉีดวิตามินเค การหยอดตา เพื่อให้กระทบกับการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้น้อยที่สุด หลังจากเช็ดตัวให้แห้ง ไม่ต้องห่อหุ้มทารก แต่สามารถปรับอุณหภูมิห้องให้อบอุ่น จัดทำให้ทารกนอนคว่ำระหว่างเต้านมทั้งสองข้างได้ แต่ไม่ควรกดทับบริเวณแผลผ่าตัด ดูแลให้ผิวของทารกสัมผัสกับผิวของมารดาให้ได้มากที่สุด และกระตุ้นให้ทารกดูดนมไปด้วยในเวลาเดียวกัน ใช้ผ้าห่มคลุมหลังของทารกและตัวของมารดาให้รู้สึกอบอุ่น ควรกระตุ้นให้ดูดนมภายในครึ่งถึง 1 ชั่วโมงภายหลังคลอด ความถี่ของการดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง (อาจอยู่ห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยหลังคลอด) เริ่มต้นให้ดูดครั้งละ 5-10 นาที หลังจากนั้นเมื่อมีน้ำนมมากแล้วให้ดูตามความต้องการของทารก

### บทสรุป

ถึงแม้ว่าความพยายามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนถึง 6 เดือนจะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก แต่เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับทารก การพยายามทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกจึงยังมีความสำคัญและเป็นนโยบายที่ภาครัฐให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีอุปสรรคต่างๆ มากมายที่เป็นสาเหตุให้เป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอัตราลดลง จากความไม่สุขสบายของมารดาหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก การมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว การเสียเลือดที่มากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด ความอ่อนเพลียและความรู้สึกตัวที่น้อยลง เหล่านี้เป็นเหตุให้มารดาช่วยเหลือตัวเองได้น้อยไม่สามารถกระตุ้นให้ทารกเริ่มดูดนมได้เร็วเหมือนการคลอดปกติทางช่องคลอด การแก้ปัญหาเหล่านี้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในห้องผ่าตัด ซึ่งต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งประกอบไปด้วย วิชาสูติแพทย์ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ การช่วยกันวางแผนการดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุน การส่งเสริมให้มารดาสามารถให้นมบุตรในห้องผ่าตัดนั้น ไม่ได้เป็นเรื่องยุ่งยากหรือเกินความสามารถ หากได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด การเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เกิดขึ้นได้เร็วในห้องผ่าตัดนี้เองจะเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ และยังสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในระยะยาวต่อไปอีกด้วย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. การให้คำแนะนำและฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของมารดา ก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะช่วยให้มารดามีความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดในห้องผ่าตัด
2. ควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิชาสูติแพทย์ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีการดูแลและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มประสิทธิภาพในระยะแรกหลังคลอดในห้องผ่าตัด
3. ควรวางแผนร่วมกันในการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้มารดาสามารถเริ่มให้นมทารกได้เร็วในช่วงเริ่มต้นอย่างเหมาะสม เริ่มตั้งแต่ห้องผ่าตัด ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จในระยะยาว

## References

1. วชิระ เพ็งจันทร์. การขับเคลื่อนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแกนนำวิทยากรระดับเขต พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560; 24-27 กรกฎาคม 2560;นนทบุรี.
2. Unicef. Breastfeeding [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 6]. Available from: [https://www.unicef.org/thailand/media/11361/file/Thailand%20MICS%202022%20full%20report%20\(Thai\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/11361/file/Thailand%20MICS%202022%20full%20report%20(Thai).pdf)
3. รุ่งฤดี จีระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบุลย์บรรพต, สมพร พานิชม. วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2552;19(2):270-8.
4. Zhang F, Cheng J, Yan S, Wu H, Bai T. Early feeding behaviors and breastfeeding outcomes after cesarean section. *Breastfeed Med.* 2019;14(5):325-33. doi: 10.1089/bfm.2018.0150
5. วาทีณี วิภูภิญโญ. ปัจจัยล้มเหลวที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35(3):635-42.
6. Wen J, Yu G, Kong Y, Wei H, Zhao S, Liu F. Effects of a theory of planned behavior-based intervention on breastfeeding behaviors after cesarean section: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Sci.* 2021;8(2):152-60. doi: 10.1016/j.ijnss.2021.03.012. PMID: 33997128; PMCID: PMC8105542.
7. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. StatPearls. Treasure Island (FL):StatPearls Publishing; 2022
8. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123:667–70.
9. Liabsuetrakul T, Sukmanee J, Thungthong J, Lumbiganon P. Trend of Cesarean Section Rates and Correlations with adverse maternal and neonatal outcomes: a secondary analysis of Thai Universal Coverage Scheme Data. *AJP Rep.* 2019;9:328–36.
10. Sasitara Nuampa, Ameporn Ratinthorn, Pisake Lumbiganon, Somporn Rungreangkulkij, Nilubon Rujiraprasert, Natthapat Buaboon, et al. “Because it eases my Childbirth Plan”: a qualitative study on factors contributing to preferences for caesarean section in Thailand. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2023;23:280-91.
11. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;9:1-132.
12. Ailska M, Banas E, Gregor K, Brandt-Salmeri A, Ilski A, Cnota W. Vaginal delivery or caesarean section – Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery.* 2020;87:1-6.

13. ศศิธรราน น่วมภา, นิตยา สิ้นสุกใส, วรรณภา พาหุวัฒนกร. ปัจจัยส่วนบุคคลเวลาที่เริ่มให้นมแม่และการสนับสนุนจากพยาบาลในการทำน่ายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2556;31(2):49-59.
14. กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(1):13-26.
15. สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ชญาดา สามารถ. ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอดประสบการณ์ของมารดา. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559;34(3):30-40.
16. ลาวีย์ ไบมณฑา, มยุรี นิรัตรราตร, สุดาพร กมลวารินทร์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พยาบาลสาร. 2558;42(4):65-75.
17. วณิดา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศา, พุทธิดา จันทร์สว่าง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2567;7(1):64-75.
18. ภาวิน พัวพรพงษ์. การให้นมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอด. เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพร จำกัด; 2559.
19. เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล. การให้มารดาได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด. เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพร จำกัด; 2559.
20. Bao, Y., Zhang, T., Li, L. et al. A retrospective analysis of maternal complications and newborn outcomes of general anesthesia for cesarean delivery in a single tertiary hospital in China. *BMC Anesthesiol.* 2022;22(208):1-22.
21. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;34(1):6-14.
22. Gwanzura, C., Gavi, S., Mangiza, M. Moyo, F., Lohman, M., Nhemachena, T. *et al.* Effect of anesthesia administration method on apgar scores of infants born to women undergoing elective cesarean section. *BMC Anesthesiol.* 2023;23(142):1-7.
23. World Health Organization. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative. 2018. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>